**RICHIESTA ACQUISIZIONE DI MATERIALI SANITARI (NON DISPOSITIVI MEDICI) INFUNGIBILI(\*)**

**(\*) Allegare una descrizione delle caratteristiche tecniche (es. scheda tecnica/linee guida ) e documentazione/breve relazione a supporto della richiesta di infungibilità indispensabile per avviare le procedure di acquisto**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dipartimento/S.C. Richiedente** |  |
| **Prodotto** |  |
| **Produttore** |  |
| **Fornitore** |  |
| **Numero di casi da trattare** |  |
| **Spesa presunta** |  |
| **Codice Aziendale** |  |
| **Fabbisogno presunto annuo oppure una tantum:** | |
| **Urgente SI NO** | |
| **L’infungibilità di un prodotto di consumo o di un bene deve consistere nel fatto documentato che i prodotti con caratteristiche tecniche differenti ma di equivalenti requisiti funzionali comportino incompatibilità o difficoltà tecniche sproporzionate per il loro impiego. (Allegare obbligatoriamente Relazione \*)** | |

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE D’INFUNGIBILITA’**: I sottoscritti (apporre firma leggibile) dichiarano che per le indicazioni tecniche, diagnostiche sopra specificate non sono disponibili alternative con altre apparecchiature equivalenti e di essere a conoscenza delle possibili responsabilità di natura civile, penale, disciplinare ed amministrativo-contabile, in merito all’attestazione di informazioni false, inesatte od erronee e di essere informati che ai sensi dell’art. 76 d.P.R. 28 dicembre 2000 n°445 <chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L’esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso>.  **DICHIARAZIONE DI CONFERMA DI ASSENZA DI CONFLITTO D’INTERESSI:**  I sottoscritti (apporre firma leggibile) dichiarano che non ricorre alcuna situazione di conflitto d’interessi e di essere informati che ai sensi dell’art. 76 d.P.R. 28 dicembre 2000 n°445 <chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L’esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso>. Ai sensi dell’art 42 del Lgs. 50/2016 si ha conflitto d’interessi quando chi interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che puo' essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione. In particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, 62  Data Il Direttore della S.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­  Data Il Direttore del Dipartimento Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **UOC Farmacia:**  ***Sezione a cura del Farmacista istruttore***  **Il prodotto richieso è presente in Gara SoReSa/Consip: SI NO**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Se non acquistabile tramite gare centralizzate delle centrali d’acquisto, è stato inserito in capiolati di gara aziendali : SI NO**  **Se si quale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Autorizzazione a cura del Direttore UOC Farmacia titolare del Budget di spesa :**  □ AUTORIZZA □ NON AUTORIZZA  **Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **Parere: Favorevole Sfavorevole**  Direttore Medico di Presidio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □AUTORIZZA □ NON AUTORIZZA  Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Area riservata all’ Economato**  Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Area riservata all’Direttore della S.C. Acquisizione Beni e Servizi**  Data Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |